

Bitte senden Sie dieses Antwortformular an folgende
E-Mail-Adresse: cspostfach@its.jnj.com

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00000042291

Janssen-Kunden-Nr.: _____ Mandatsreferenz: _____

Die Mandatsreferenz wird von Janssen vergeben und Ihnen anschließend separat auf diesem Schreiben mitgeteilt.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Apotheken-Stempel

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN-Nr.. _____

BIC-Code: _____

Zahlungen wegen: Arzneimittelrechnungen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Bitte senden Sie mir meine Einzelrechnung in Zukunft per E-Mail an folgende

E-Mail-Adresse: _____

Datum/Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unser Customer Service Team unter der Telefonnummer 0800-79 100 10 oder E-Mail an cspostfach@its.jnj.com.